

Université de Lille 2
Université de Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année 2015

Vers le développement de la santé mentale communautaire au Niger :
Résultats à mi-parcours de la recherche-action sur l'intégration des soins de santé mentale
dans le système des soins de santé du district

Elaboré par : Mr Ibrahim YAMIEN

Tutorat : Dr Jean-Luc ROELANDT

Table des Matières	Pages
Introduction	1
I Argumentaire.....	3
II Méthode.....	9
2-1 Analyse de l'existant	9
2-2 Méthode de recherche.....	10
2-3 Echantillon	12
2-4 Collecte et analyse des données.....	12
2-4-1 Stratégie	13
2-4-2 résultats attendus.....	14
2-4-3 mode d'évaluation.....	15
III Résultats.....	16
3-1 Disponibilité de ressources humaines compétentes.....	16
3-2 Disponibilité des psychotropes.....	19
3-3 Information sanitaire.....	22
3-4 Accessibilité aux soins et service de santé mentale.....	23
3-5 Suivi/encadrement.....	26
3-6 Implication de la communauté.....	27
IV Discussion.....	30
Conclusion	38
Bibliographie	
Annexes	

LISTE DES TABLEAUX

page

Tableau N° 1

18

Tableau N° 2

21

Tableau N° 3

24

Tableau N° 4

24

Tableau N° 5

25

Tableau N° 6

29

LISTE DES ABREVIATIONS

CBM	Christian blinding mission
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CHR	Centre Hospitalier régional
CS	Case de santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CPDAS	Centre de Perfectionnement des Agents des Districts Sanitaires
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre du District
ECVAM	Enquête
HD	Hôpital de District
IEC	Information Education Communication
MSP	Ministère de la Santé Publique
MEG	Médicament Essentiel Générique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAI-MSP	Projet d'Appui Institutionnel du Ministère de la Santé Publique
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDV	Perdu de Vue
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNSM	Programme National de Santé Mentale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
TDR	Termes De reference
VAD	Visite A Domicile

INTRODUCTION GENERALE

Pays continental, le Niger, a une superficie de 1 267 000 kilomètres carrés. Sa population à prédominance rural est estimée à 17 129 076 selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2012). Le taux de croissance intercensitaire est de 3,9% entre 2001 et 2012. Selon l'enquête sur les conditions de vie des ménages et l'agriculture (ECVMA 2011), 48,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La moyenne nationale du taux d'alphabétisation est de 29% tandis qu'il est de 71% à Niamey.

Sur le plan sanitaire, les actions étaient essentiellement axées sur les soins curatifs jusqu'en 1978. A partir de 1978, le Niger adhère à la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP) et réaffirme son engagement à faire des SSP la principale stratégie du développement sanitaire. Pour cela, le Programme National d'Auto-encadrement Sanitaire fut développé en donnant priorité au milieu rural. Pour ce faire, l'approche participative appliquée au secteur non hospitalier du système de santé fut mise en œuvre depuis 1994, à travers la mise en place des organes de participation communautaire qui consacre une implication des populations à la gestion des services de santé. Les leçons de cette expérience et son attachement aux principes fondamentaux des SSP ont conduit le Niger à souscrire à la Déclaration de Lusaka en 1985 qui décrit le cadre organisationnel pour le développement d'un système de santé basé sur les Soins de Santé Primaires en trois niveaux à savoir :

- le Niveau Central ou troisième niveau garant de l'appui stratégique constitué de l'administration centrale, des Centres de référence Nationaux et les Ecoles de formation
- Le niveau intermédiaire ou niveau secondaire représenté par les directions régionales de santé, les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les maternités régionales de référence, et les cliniques privées;
- le Niveau Opérationnel ou niveau périphérique que sont les Districts Sanitaires (DS) avec les Hôpitaux de District (HD) et leurs réseaux de Centres de Santé Intégrés (CSI), de Cases de Santé (CS), les cabinets et les salles de soins privés

Pour rendre fonctionnel un tel système, la Déclaration de Bamako ou l'Initiative de Bamako prise en 1987 par le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique fut adoptée afin d'accélérer la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au niveau des districts sanitaires. Ainsi, depuis 1994 l'implication de la communauté dans la gestion des systèmes de santé a été effective et renforcée en 2010 par une ordonnance (ord N°2010-54 du 17 septembre 2010) qui

responsabilise les collectivités territoriales par rapport à la gestion des services des Soins de Santé Primaires. Elle développe des activités préventives et promotionnelles intégrées aux Soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire ». Alors, un processus de planification fut initié et a permis d'élaborer le premier Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1994 à 2000. Cette planification fut plusieurs fois renouvelée et le PDS est devenu le principal outil de mise en œuvre de la politique nationale de santé au Niger. Le dernier est celui qui couvre la période 2011 à 2015.

Malheureusement, de tous les processus de planification qui se sont succédés de 1994 à ce jour ; force est de constater que les systèmes de soins spécialisés tel que la santé mentale ne trouvaient pas leurs places dans cette dynamique. Ce qui fait que malgré l'existence du plan de développement sanitaire, les soins de santé mentale sont jusque là restés une affaire des services de soins spécialisés en la matière. Ils ne sont disponibles qu'au niveau des centres de référence nationaux et/ou régionaux. Au niveau opérationnel des soins de santé seuls quelques médecins généralistes initient de temps en temps des prises en charge de certains cas aigus qu'ils finissent par référer au niveau régional et/ou national pour une meilleure prise en charge. Dans les statistiques nationales de santé les données de santé mentale sont recueillies de façon globalisée à travers une seule rubrique « trouble mentaux ».

Face à cette situation dans laquelle la majorité de la population n'a pas accès aux soins de santé mentale ; le programme national de santé mentale (PNSM) et son partenaire Christian Blinding Mission (cbm) inspiré par le programme « combler les lacunes en santé mentale » de l'OMS a mis en œuvre un projet d'intégration des soins de santé mentale au niveau de deux districts sanitaires. Le but visé était de faire en sorte que les soins de santé mentale puissent être dispensés au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire des soins de santé.

Pour capitaliser les acquis du projet, qui représente une opportunité de développer les soins de santé mentale au niveau communautaire ; le programme national de santé mentale a mis en route une recherche-action en accompagnement des activités menées par le projet.

A l'occasion de ce DIU de santé mentale dans la communauté et une année après la mise en route des activités de la recherche-action que je coordonne, j'estime qu'il est tout à fait opportun de vouloir mesurer la pertinence des actions jusque là mises en œuvre pour amener la communauté à accepter et soutenir l'idée de promouvoir les soins de santé mentale dans le système de soins de santé des districts sanitaires. Ce sont ces résultats à mis parcours sur lesquels nous fondons beaucoup d'espoir vers le développement de la santé mentale dans la communauté qui font objet du présent mémoire.

I°) ARGUMENTAIRE

Les troubles mentaux représentent une charge de morbidité non négligeable dans toutes les sociétés. Au plan mondial cette charge de morbidité est estimée par l'OMS à 12% dont les trois quart touchent les pays à revenus faible ou intermédiaire (OMS 2001). D'ici à 2020, ils seront responsables de près de 15 % de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité (OMS 2005). A ce titre, les troubles mentaux ont une influence certaine sur le fardeau des maladies transmissible et non transmissibles. En exemple, les experts de l'OMS estiment que les personnes souffrant de dépression majeur et de schizophrénie ont respectivement de 40 à 60% plus de risque que la population générale de mourir prématurément du fait d'un problème de santé physique qui passe inaperçu (OMS 2008).

Malgré cet état des faits et les progrès scientifiques enregistrés dans le domaine du traitement, la plupart des troubles mentaux ne sont pas traités et s'ils sont traités le traitement n'est pas adéquat. L'OMS, estime que dans les pays à revenus faibles et/ou intermédiaires comme le Niger, 76% à 85% ne reçoivent pas de traitement les douze premiers mois de leurs troubles (OMS 2013). Cette situation est favorisée par l'insuffisance de ressources humaines, financières, infrastructurelles et bien d'autres barrières de soins telles que la stigmatisation, la pauvreté des malades mentaux.

Similaire à la situation sus décrite, au Niger les soins de santé mentale sont *anachroniques, difficilement accessibles, autocentrés et rigides qui ne répondent pas aux besoins des populations* selon une enquête menée en 2009 par le programme national de santé mentale (MSP/PNSM 2009).

En effet, bien qu'étant composante à part entière de la santé, la santé mentale a toujours été considérée comme une affaire de spécialiste et reléguée au second rang des préoccupations dans les systèmes de santé au Niger. Ceci est renforcé par des raisons telles que :

- L'idée d'une faible prévalence des troubles mentaux et des handicaps psychosociaux qui leur sont liés,
- La croyance qu'à la différence des maladies organiques, les troubles mentaux trouvent leur résolution naturelle dans le système de médecine traditionnelle ;
- L'existence de croyances et préjugés vis-à-vis de la maladie mentale ;
- L'assimilation de tous les aspects de la pathologie mentale à celui le plus spectaculaire du « fou » dangereux et perturbateur ;

- La prise de conscience insuffisante de l'influence que peuvent avoir les troubles mentaux sur les maladies transmissibles et non transmissible dans un pays ;

La situation est précisément caractérisée par l'insuffisance de ressources humaines (au niveau national : 4 psychiatres, 29 infirmiers spécialisés et 6 psychologues qui interviennent dans les services de santé mentale) et matériels (avec moins de 200 lits d'hospitalisation pour tout le pays répartis entre deux services de psychiatrie au niveaux de deux hôpitaux nationaux et trois unités de soins psychiatriques logées dans des centres hospitaliers régionaux). A cette insuffisance de ressources vient se greffer une forte influence des considérations socioculturelles qui accentuent la stigmatisation, la discrimination et le non respect des droits des malades. Ces préjugés au tour du malade mental, de la maladie mentale et même des soins modernes représentent de véritables obstacles au développement des systèmes de santé mentale au Niger. En effet, notre expérience personnelle nous permet d'affirmer que selon le culte, la région du pays et même l'ethnie ; la maladie mentale est tantôt considérée du domaine du surnaturel ou comme une punition divine, ou une préparation de l'être à des fonctions sociales supérieures. Ceci fait que les malades mentaux sont souvent considérés comme des êtres irrécupérables ou improductifs et inutiles et parfois comme un début d'initiation au futur rôle de devin ou tradithérapeutes. C'est ainsi que le malade mental est ce fou furieux perturbateur ou errant et vivant sur les immondices en marge de la société. Pour ce qui est des épileptiques et autres déficients intellectuels, ce sont des personnes bonnes pour être exploitées pour des travaux non valorisant et sans grand revenu parce qu'ils sont considérés comme des êtres n'ayant pas de besoins et dont la dignité ne peut être mise à mal. De ces considérations dépendent généralement les niveaux d'engagement de la famille, de la communauté et parfois même de certains professionnels de la santé pour la prise en charge. Ces attitudes fortement stigmatisantes et discriminantes ne favorisent pas du tout l'accès des malades aux soins spécialisés de santé mentale. En effet, selon le culte musulman qui est pratiqué par 99% des nigériens, les troubles neuropsychiatriques relèvent des actions diaboliques des djinns sur les êtres humains. La gravité des troubles est d'ailleurs liée au type de djinn qui est l'origine du trouble. Ce qui fait qu'en premier recours la prise en charge se fait chez les marabouts qui utilisent la récitation des versets coranique, l'écriture d'amulette et ou des décoctions à base d'écriture coranique pour éloigner le djinn de la personne. D'autres fois le recours se fait vers des tradipraticiens qui auraient le don de guérir les troubles neuropsychiatriques pour avoir vécu l'expérience ou parce qu'ils ont le pouvoir de dompter les djinns. Ce sont d'anciens malades dont l'expérience de la maladie a transformé en devins parce qu'ils auraient reçu le don de guérir au cours de leur maladie. Pour cette catégorie de

tradipraticiens, la prise en charge se fait à travers des cérémonies de dépossession et l'utilisation de décoction d'écorces d'arbres et autres poudre « magiques » en fumigation. Le temps de faire le tour de ces tradipraticiens le malade passe plusieurs années sans traitement adéquats et arrive au centre de santé à l'état chronique ou après un délit, une tentative de crime ou un crime. Moralement et financièrement épuisés, les parents n'hésitent pas à abandonner ces malades en errance ou dans des services de psychiatrie.

Pour mieux apprécier cela le **Programme National de Santé Mentale** avait conduit deux études en 2009 qui ont respectivement évalué la situation nationale des systèmes de santé mentale et les besoins en soins de santé mentale dans les districts sanitaires de Dosso et de Dogondoutchi (Doutchi). Les résultats de la seconde étude faisait ressortir qu'il -y-avait :

- Un besoin crucial de renforcer les capacités des agents de santé des deux districts en santé mentale
- Un besoin indispensable de **Communication pour un Changement de Comportement (CCC)** en matière de santé mentale en direction des malades, de leurs familles, des leaders d'opinion et de toute la population d'une manière générale. Ceci du fait que 100% des enquêtés ont soutenu que la forte croyance aux causes surnaturelles de la maladie mentale font que les populations utilisent moins la médecine moderne ;
- Un besoin de communiquer avec les tradithérapeutes pour une meilleure collaboration avec les services de santé ;
- La nécessité d'assurer la disponibilité des psychotropes dans les formations sanitaires.

Pour palier ces besoins ; un projet d'intégration des soins de santé mentale dans les services de soins de santé primaires a été élaboré et mis en œuvre en 2012 dans les deux districts sanitaires sus cités.

L'analyse de la situation du projet d'intégration faite en décembre 2013 sous forme d'évaluation à mis parcourus des activités du projet d'intégration nous a permis d'identifier un certain nombre de points forts et d'autres à améliorer. En termes de points forts nous avons relevé :

- L'élaboration et la diffusion des messages d'IEC sur la maladie mentale, la santé mentale et le traitement moderne des troubles psychiques
- L'acquisition des équipements et logistiques

- La réalisation d'une supervision par le niveau central et deux par le niveau régional d'encadrement
- Le renforcement des capacités de quelques acteurs par niveau d'intervention
- Le début de dispensation des soins de santé mentale au niveau des Centres de Santé Intégré (CSI).

Pour ce qui est des points à améliorer, il s'agissait de :

- Les soins de santé mentale continuent à être dispensés parallèlement au paquet minimum d'activités (PMA) des CSI par les seuls agents formés ;
- L'absence d'actions visant l'implication des acteurs communautaire dans l'approche ;
- Le manque de supports relatifs à la documentation, collecte et archivage des données relatives aux soins de santé mentale ;
- L'insuffisance notoire du suivi/encadrement des agents du niveau opérationnel des soins de santé
- Fréquentes ruptures de psychotropes

Nonobstant ces points à améliorer, les premières actions du projet ont permis de comprendre que :

Avec la disponibilité des psychotropes et la présence d'un agent formé en soins de santé mentale dans les CSI, les agents de soins du niveau périphérique arrivent à fournir des soins et services aux personnes souffrant de troubles psychiques qui influencent positivement l'opinion de la communauté sur les soins modernes de santé mentale. Par contre, le faible encadrement du niveau opérationnel et l'insuffisance voire l'absence d'actions impliquant la communauté dans l'approche, ont constitué de véritables entraves au processus d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire.

Ces premiers résultats nous ont renforcé dans notre choix de proposer une recherche-action en accompagnement des activités du projet d'intégration en cours. En nous référant au programme « action pour combler les lacunes en santé mentale » ou programme mhGAP de l'OMS les interventions de soins et services seront biopsychosociales et l'extension, tiendra compte de l'avis des communautés et des coûts de l'intervention. A ces idées de référence, nous avons choisi d'appliquer un modèle d'intégration aux soins de santé primaire développé par l'ONG AMAUDO du Nigéria avec le soutien l'ONG internationale Christian blinding mission (cbm) et qui a fait ses preuves au sud du Nigéria. C'est un modèle qui implique la formation des agents des services de soins de santé primaires en leur inculquant des connaissances et compétences supplémentaires en santé mentale. Ces agents utilisent des motos pour se déplacer et atteindre les malades auxquels ils fournissent des interventions

biopsychosociales. Dans leur tâche ils sont soutenus par des *agents de santé de village bénévoles dont le rôle principal est l'identification, la consultation et le suivi des cas, aussi bien que l'éducation communautaire et la sensibilisation*. Cette approche développée depuis 1993 dans l'état d'ABIA au Nigéria, s'est étendue à travers trois états et couvrait en 2008 une soixantaine de structure de soins de santé primaires (cbm 2010).

Réconfortés par le résultat encourageant que l'ONG nigériane a réalisé en quelques années, en usant d'un model qui nous est accessible, le programme national de santé mentale et moi-même avons mis en route la recherche-action en janvier 2014 en vue de capitaliser l'expérience du projet d'intégration en cours.

En effet, cette recherche-action vise à amener la communauté à participer activement à la définition et mise en œuvre de mesures et/ou activités reproductibles dans d'autres régions du pays afin de rendre disponible les soins de santé mentale au niveau communautaire. Il s'agit d'une approche qui cherche à ce que les agents de soins primaires puissent dispenser des soins de santé mentale avec le soutien et l'implication de la communauté. Le service sera dispensé par des non spécialistes et deviendra une activité courante des services de santé périphériques, acceptable du point de vue qualité puis géographiquement et financièrement accessible pour les usagers et les communautés rurales. Une fois les soins intégrés dans le paquet minimum d'activités des services de soins primaires ; la communauté sera principale actrice aux côtés des professionnels de santé pour des actions de communication pour un changement de comportement, de réinsertion et de réhabilitation en vue d'améliorer la qualité de vie des usagers au sein de leur propre communauté.

Convaincu qu'une effective participation de la communauté à la démarche est un gage de réussite, notre recherche s'est intéressée non seulement aux professionnels de la santé mais aussi aux acteurs communautaires en cherchant à savoir :

Comment développer les soins de santé mentale dans la communauté et permettre à une majorité des personnes souffrant de troubles neuropsychiatriques d'accéder aux soins de santé mentale ?

Les réponses à ces questionnements nous permettront d'atteindre l'objectif que nous poursuivons.

Objectif : disposer d'un ensemble de mesures et actes reproductibles dans d'autres régions du pays afin d'intégrer les soins de santé mentale dans le système de soins de santé des districts et promouvoir la santé mentale dans la communauté.

Hypothèse : le développement de la santé mentale communautaire en passant par l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires peut permettre à la majorité des personnes souffrant de troubles neuropsychiatriques d'accéder aux soins moderne, améliorer la qualité de leur vie et la santé des communautés dans lesquelles ils vivent

II°) METHODE

2-1°) Analyse de l'existant

Dans le cadre de cette recherche, nous avons effectué une analyse de la situation des soins de santé mentale dans la zone d'intervention du projet d'intégration en décembre 2013. Il s'était précisément agit d'une évaluation des activités du projet d'intégration des soins de santé mentale dont la mise en œuvre a débuté en janvier 2012. Pour cela nous avons considéré les aires de santé des deux districts sanitaires ; c'est-à-dire les ECD et les 59 CSI (35 pour le district de Dosso et 24 pour le district de Douthi) qu'elles couvrent. Les résultats de l'évaluation des activités du projet nous ont permis de savoir que l'existant était caractérisé par :

- La réalisation du renforcement de capacité des agents des soins primaires au bénéfice 30 agents soit la moitié des responsable des centre de santé intégrés;
- Des soins de santé mentale non intégrés au niveau des soins primaire puisse qu'ils continuent à être dispensés parallèlement au paquet minimum d'activités (PMA) des CSI : 27,09 % des agents formés prennent en charge les cas aigus seulement, tandis que 4,16% prennent en charge les cas chroniques, et 43,75% des agents formés prennent en charge tous les cas (aigus et chroniques) qui se présentent à eux et 25% ne font aucune prise en charge. Il se limite qu'à référer les cas qui se présentent.
- Les acteurs communautaires sont restés à l'écart de l'approche dans la majorité des aires de santé des CSI avec 8 CSI sur 59 qui ont initié 11 rencontres avec les acteurs communautaires par rapport aux activités liées à l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires ;
- Les données relatives aux soins de santé mentale continuent d'être collectées de façon globale et manque de fiabilité car sans sources et sous documentées nous n'avons trouvé aucune source ou rapport qui donne des informations sur les soins de santé mentale ;
- L'insuffisance notoire du suivi/encadrement des agents du niveau opérationnel des soins de santé. Les équipes cadre de district n'ont réalisé aucune supervision des activités de soins de santé mentale et le système de supervision intégrée en vigueur dans la région n'a toujours pas inscrit l'aspect santé mentale dans ses termes de référence ;
- Les soins restent approximatifs et inadéquats voire inaccessibles à cause des multiples mouvements du personnel, des coûts élevés des soins (1200frs par semaine) et

d'importantes ruptures de psychotropes caractérisée par : 23% des agents formés qui n'ont jamais commandé de psychotropes dans leurs CSI et 77% des chefs CSI ont commandé des psychotropes parmi lesquels, 94,59% ont connu au moins une rupture de plusieurs mois (3 à 6 mois)

Compte tenu des résultats de cette analyse de situation, nous avons choisi d'agir sur six éléments essentiels pour favoriser l'intégration des soins de santé mentale dans le système de soins de santé du district qui est la porte d'entrée vers le développement de la santé mentale dans la communauté. Ces six éléments sont :

- La disponibilité de ressources humaines compétentes ;
- La disponibilité des psychotropes ;
- L'accessibilité financière aux soins et services de qualité acceptable au niveau primaire des soins pour les usagers ;
- Le suivi encadrement des agents de soins primaires performant.
- L'information sanitaire de qualité en matière des soins de santé mentale ;
- L'implication de la communauté dans la conduite du processus d'intégration ;

Ces éléments réunis faciliteront l'organisation de l'intégration des soins de santé mentale dans les paquets minimum (PMA) des CSI qui sont les principaux acteurs de soins de santé primaires et noyau central de cette recherche-action. Dans cette tâche ils se feront accompagner par acteurs communautaires (agents de santé communautaire, relais communautaires, tradipraticiens, enseignants, les élus locaux et leaders coutumier et religieux) dont ils doivent coordonner les actions.

En effet, après une formation de mise à niveau en soins de santé mentale accompagné d'un dispositif de suivi-encadrement et de documentation des actions, les agents de soins de santé primaire, pourront fournir des soins et rassembler des informations qui permettront de lutter contre les stigmatisations et la discrimination par le plaidoyer, l'IEC afin de faciliter l'intégration de la dimension santé mentale des populations dans les politiques et services de développement.

2-2°) Méthode de recherche :

Notre méthode d'intervention est une **recherche-action** dans l'intervention initiale du projet d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires.

Notre choix a porté sur la recherche-action parce qu'elle permet un renforcement des capacités à travers la formation à l'analyse et à la pratique de la résolution de problèmes

rencontrés par les acteurs et permet aussi de tirer des leçons de l'expérience afin d'améliorer les actions futures. Centré sur la participation des acteurs, la production de la connaissance permet de changer la réalité par l'action à travers la pratique sur le terrain.

Dans le cadre du projet, les agents du niveau opérationnel de soins plus précisément les responsables des centres de santé intégrés ont été formés à la prise en charge des cas de troubles psychiques et des guides d'intervention mhGAP ont été mis à leur disposition pour leur faciliter le repérage des pathologies et les prescriptions des traitements. Aussi, des psychotropes ont été mis à leur disposition par un fond de roulement pour faciliter le ravitaillement des CSI malgré le système de recouvrement des coûts en vigueur dans la zone.

L'encadrement des agents non spécialistes (les infirmiers et médecins généraliste des CSI) devait être assuré par l'ECD renforcée par un infirmier spécialisé en soins de santé mentale. Au niveau régional c'est un autre infirmier spécialisé qui fait office de coordinateur régional de santé mentale et du projet.

C'est pourquoi, dans le cadre de la recherche-action il s'agit pratiquement pour nous de :

- i) Investiguer et identifier toute situation complexe et/ou problématique pour la bonne marche du système mis en place ;
- ii) Appuyer l'encadrement / Coordination, avec des propositions de mesures correctrices ;
- iii) Appuyer la mise en œuvre des mesures correctrices et l'élaboration d'un document de bonnes pratiques en matière de promotion des soins de santé mentale au niveau opérationnel, en étroite collaboration avec les acteurs de terrain

Nous avons opté pour un encadrement de proximité et l'appui à la coordination de l'intervention en cours, pour faciliter l'intégration des activités de soins de santé mentale dans les paquets minimum d'activités (PMA) des CSI, et rendre disponibles les informations y afférentes.

A cet effet ; la coordination des activités de la recherche-action, est assurée par un point focal nommé au niveau de chacun des deux districts. Sans être membre de l'équipe cadre du district(ECD), il coordonne les activités de la recherche-action et tient l'ECD régulièrement informée de l'évolution des activités de la recherche. Il est non seulement membre de l'équipe locale de suivi mais participe aussi au suivi que réalisera l'équipe

nationale de recherche. Il est aussi dépositaire des données sur les activités de la recherche au niveau du district.

Pour ce qui est de l'accompagnement des deux districts, il est assuré par l'équipe nationale de recherche appuyée par le coordinateur régional de santé mentale qui représente l'équipe de la direction régionale de la santé publique (DRSP).

Retrouvez en annexe un model descriptif schématisé des activités et responsabilités que nous avons proposé (annexe N°1)

Aussi, pour mener à bien cette recherche-action, nous avons l'appui financier et technique du projet d'appui institutionnel du Ministère de la santé (PAI-MSP), financé par la coopération Belge et l'appui technique du centre de perfectionnement des agents des districts sanitaires(CPADS) et de la direction des études et de la programmation (DEP) du ministère de la santé à travers sa division chargée de la recherche.

Du point de vue éthique nous avons reçu l'autorisation du comité consultatif national d'éthique avant même de procéder à l'analyse de la situation.

2-3°) Échantillon :

La recherche-action est menée au niveau de dix CSI retenus par rapport à leur accessibilité géographique et le fait qu'ils disposent de plus d'un agent pour éviter une soit disant surcharge de travail dans les centres de soins primaires. Ces CSI se repartissent comme suit : 5 CSI du district sanitaire de Dosso sur 35 et 5 CSI du district sanitaire de Doutchi sur 24. A ces centres de santé intégrés nous avons associé les deux équipe cadre des districts qui les couvrent puisque le niveau opérationnel commence avec les districts sanitaires. A ce titre c'est l'ensemble du personnel de l'aire de santé des structures impliquées dans la conduite du système mis en place. Ce sont les agents de santé communautaires, les infirmiers, sages femmes et médecin de dix (10) CSI. Outre les professionnels de santé, il faut ajouter les acteurs communautaires des aires de santé de ces CSI à savoir : les relais communautaires, les leaders communautaires, les tradithérapeutes, les enseignants, les malades et leurs familles qui accompagnent le processus.

2-4°) collecte et analyse des données :

2-4-1°) Les instruments

Plusieurs instruments de collecte et analyse des données produits et mis à la disposition des acteurs de terrain viennent faciliter la mise en œuvre du plan d'action élaboré de commun accord avec les acteurs de terrains. Il s'agit précisément de :

a) Un guide de suivi opérationnel

Le guide est une grille de suivi opérationnel que nous utilisons chaque deux mois pour évaluer la mise en œuvre des activités planifiées au niveau des ECD et CSI. Il est constitué selon une matrice qui met en exergue l'activité, l'échéance, le responsable, quel a été le processus ?, A - ton fait ce qu'on avait prévu de faire ? Qu'est ce qui a facilité ou entravé la mise en œuvre ? Observation (voir annexes N° 4).

b) Un plan de résolution de problèmes

Il permet aux agents de soins de santé primaires de prendre des décisions par rapport à des situations difficiles et/ou tous problèmes qui peuvent surgir au cours de l'exécution du plan d'action avant l'arrivée de l'équipe de suivi ou les réunions de collaboratif. Ce plan fait ressortir l'activité programmée, le (s) problème (s) rencontré, la solution envisagée, l'indicateur, le délai d'exécution et le responsable (voir annexe N° 5).

c) les supports de collecte des données

Ils servent de sources de données et sont de plusieurs types. Nous avons d'abord considéré et conservé la fiche de commande de médicament des CSI, les cahiers d'IEC des CSI, le registre général de consultation des malades au niveau des CSI, qui existaient avant la recherche et le projet.

A ces supports nous avons ajouté dans les CSI sites de la recherche-action, un cahier de soins de santé mentale, une fiche de rapport trimestriel (voir annexe N°6). Ils nous permettent de suivre et observer les activités que mènent les chercheurs internes en termes de production de connaissance et d'actions mises en œuvre. Les données collectées à travers ces supports nous permettent aussi d'ajuster la qualité de notre contribution à la mise en œuvre et/ou concours à la résolution d'éventuelles difficultés rencontrées.

Enfin pour que les actions documentées et les informations collectées puissent être conservées et vérifiables nous avons mis à la disposition des CSI et ECD des classeurs et clefs USB pour les conserver.

2-4-2°) Stratégie :

Notre stratégie a passé par l'élaboration d'un plan d'action qui décline les activités par niveau d'interventions selon une matrice qui fait ressortir : l'activité, le responsable de l'activité, la périodicité, le coût, la source de financement, l'indicateur et une rubrique observation. Les activités planifiées sont en rapport avec les six éléments sur lesquels nous

voulons agir pour arriver à intégrer les soins de santé mentale dans les soins primaires et cela par niveau d'intervention.

Le suivi opérationnel permet certes de mesurer le niveau d'exécution des activités planifiées mais aussi leurs efficacités afin de rassembler les informations nécessaires afin de capitaliser les meilleures expériences sur chacun des six éléments sur lesquels nous agissons

2-4-3°) Résultats attendus :

D'une manière générale, les résultats attendus sont en rapport avec les bonnes actions planifiées et mises en œuvre pour favoriser la réussite d'une intégration des soins de santé mentale dans le système de soins de santé au niveau opérationnel de la pyramide des soins au Niger. Cependant, pour marquer l'importance que nous donnons à l'aspect développement de la santé mentale dans la communauté nous avons préféré scinder les résultats en deux à savoir ; ceux en rapport avec la pratique professionnelle et ceux en rapport avec la pleine implication des communautés compte tenu de la place qu'ils occupent dans le cadre de la gestion des services de santé périphériques.

Sur le plan pratique professionnelle, c'est-à-dire les actions de soins proprement dits, nous souhaitons capitaliser des informations et expériences devant faciliter l'effectivité de:

- la disponibilité des ressources humaines compétentes ;
- la disponibilité des psychotropes ;
- l'accès aux soins et services de qualité acceptable ;
- la collecte et la conservation de l'information sanitaire ;
- le suivi encadrement efficace des agents des soins de santé primaires.

Du point de vue implication communautaire ; nous souhaitons capitaliser les meilleures pratiques ayant facilités :

- l'adhésion de la communauté au processus de l'intégration est matérialisé par sa participation à la sensibilisation, l'identification et l'orientation des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés aux substances psychoactives vers les CSI ;
- En tant que partie prenante à la gestion des centres de santé intégrés, la communauté accepte de planifier des fonds pour l'amélioration des soins de santé mentale au niveau opérationnel des soins de santé ;
- la communauté à travers ses leaders d'opinion (élus locaux, chef coutumiers et religieux, tradipraticiens) acceptent de planifier et mettre en œuvre des initiatives de réhabilitation et d'insertion socioprofessionnelle en faveurs des personnes souffrant

de troubles mentaux neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives stabilisées.

2-4-4°) Mode d'évaluation :

L'évaluation se fait à plusieurs niveau et moments. Le suivi opérationnel assuré tous les deux mois de façon alternée entre l'équipe cadre du district et l'équipe nationale accompagné du représentant de l'équipe régionale permet une évaluation directe sur le terrain de l'action. Au cours du suivi, les actions de soins tout comme les actions communautaires à mettre en œuvre selon le plan d'action sont passées en revue et les difficultés sont identifiées et débattues avec les acteurs de terrain pour trouver des solutions. Aussi, les situations difficiles récurrentes sont recensées pour être débattues au cours des réunions de collaboration qui sont organisées tous les six mois par les districts sanitaires d'abord puis au niveau régional regroupant les acteurs des deux districts. Pour cela nous utilisons un canevas d'évaluation au cours des réunions de collaboratif (annexe N°7) Au cours de ces rencontres, des mesures correctrices sont proposée et adoptées de commun accord mais les meilleures pratiques sont aussi recensées et adoptées pour une pratique uniforme dans tous les CSI sites de la recherche-action.

Pour ce qui est des données statistiques que fournissent les CSI, leur conformité et fiabilité sont non seulement mesurées et surveillées au cours des suivis opérationnels mais elles sont aussi trimestriellement centralisées par les point focaux au niveau des districts et au niveau régional par le coordinateur régionale de santé mentale.

Outre ces évaluations opérées par les équipes de suivi/encadrement les agents de soins primaires procèdent aussi à une évaluation continue des actions qu'ils mènent au cours des réunions de coordination, réunions du comité villageois de santé et en utilisant la fiche de résolution de problème avant les réunions de collaboratif.

Enfin, nous avons le cadre ordinaire des supervisions intégrées que réalisent traditionnellement les ECD pour évaluer les activités des CSI.

III°) RESULTATS :

D'une manière générale, les actions planifiées et réalisées au cours de cette recherche-action ont permis de récolter les résultats suivants :

3-1°) La disponibilité des ressources humaines compétentes :

Tout au long des activités de la recherche-action la disponibilité des ressources humaines compétentes a été assurée. Pour cela, nous avons réalisé plusieurs types de formation selon les acteurs concernés et leur niveau d'intervention dans le processus d'intégration. Aussi, les équipes cadre des districts ont été mises à contribution pour assurer un équilibre de disponibilité d'agents compétents en soins de santé mentale malgré les mouvements du personnel (congé, affectation, départs en stage).

Les renforcements de capacité sur :

- Le mécanisme de conduite de la recherche-action animée en collaboration avec le responsable du centre de perfectionnement des agents des districts sanitaire (CPADS). Ce renforcement de capacité a bénéficié au personnel d'encadrement à quelque niveau que se soit. Il a été réalisé avec un module qui existe déjà et qui est régulièrement enseigné aux agents des districts sanitaires.
- La formation de mise à niveau en santé mentale a été faite sur la base du guide d'intervention mhGAP. Un module traduit en power point par un partenaire (cbm) et enseigné aux prestataires des soins de santé primaires.
- Les trois autres modules ont été élaborés par l'équipe de recherche à partir du guide d'intervention mhGAP au bénéfice des ASC et relais communautaires, des enseignants et des tradipraticiens.
- Dotation des services de soins primaires en guide d'intervention mhGAP

A l'issu des différents suivis et évaluations des activités de la recherche-action en lien avec la disponibilité d'un personnel compétent l'analyse des données a permis de faire le constat qui suivent :

❖ Changements constatés:

- Les renforcements de capacité dont ont bénéficié le personnel et acteurs communautaire des aires de santé des structures sites de la recherche-action ont facilité leur pleine implication dans le processus d'intégration ;

- Cette implication de tous les agents dans le processus d'intégration des soins de santé mentale a rendu les soins et service disponibles et permanents dans les structures de soins primaires ;
- L'existence du guide d'intervention mhGAP facilite la prise en charge des patients

❖ **Décision prise:**

- Les ECD doivent continuer les efforts de management de personnel et de renforcement de capacité des acteurs opérationnels et communautaires afin de promouvoir le model et pérenniser les acquis dans ce domaine ;
- Poursuivre la dotation des services en guide d'intervention mhGAP

Le tableau ci-dessous nous donne les détails sur les renforcements de capacité dont ont bénéficié les professionnels de santé et les acteurs communautaires des aires de santé des ECD et CSI sites de la recherche.

Tableau N°1 : récapitulatif des formations réalisées au bénéfice des acteurs de terrain des sites de la recherche-action

Types de formation	Acteurs formés							
	chefs services régionaux de la DRSP	Membre ECD	Chefs CSI (med, inf)	Autres agents des CSI (inf, SF)	Agent de Santé Communautaires	Relais communautaires	Enseignants	Tradipraticiens
Mécanisme de conduite de la recherche-action	9/9 chefs de services	3 sur 5 par district soit 6 pour les 2ECD	10 sur 10					
Mise à niveau en santé mentale (prise en charge de troubles psychiques communs ciblés par le mhGAP)	9/9	3 / 4	10/10	37/37				
Détection, référence, CCC					45/45			
VAD, psychoéducation et orientation des cas						10 par aire de santé soit 100 pour les 10 CSI		
Conseils psychoéducation et orientation des cas							40 pour les 10 aires de santé	25 pour les 10 aires de santé

3-2°) LA DISPONIBILITE DES PSYCHOTROPES :

Ordinairement selon le système du recouvrement des coûts, les centres de santé intégrés (CSI) commandent leurs stocks de médicament tous les mois au près des pharmacies des districts sanitaires. Nous avons compté 120 bons de commandes de médicament transmis aux deux districts sanitaires par les CSI soit 100% de bons de commande des dix CSI en 12 mois. De ces 120 commandes 98 comportent des psychotropes. C'est-à-dire que dans 81,66% des bons de commandes de médicaments, les responsables des CSI ont commandé des psychotropes. Cependant, il faut noter que malgré cette régularité, les CSI ont connu des ruptures de psychotropes pour des raisons variées :

- Une sous-estimation des besoins par certains CSI (2 CSI sur 10) ;
- Les pharmacies des districts répartissaient les produits en part égale entre les CSI, ce qui ne tient pas compte des besoins réels exprimés par les CSI et qui pénalise les CSI qui prennent en charge plus de malades que les autres ;
- Des ruptures de psychotropes au niveau de la pharmacie des districts sanitaires auprès desquelles les CSI se ravitaillent demeures préoccupantes car assez importantes (entre 120 au district de Douthi et 160 jours au district de Dosso)

Face à ces ruptures constatées au cours des suivis opérationnels des activités de la recherche-action ; l'équipe de recherche a suscité le développement d'initiatives locales pour rendre disponible les produits. C'est ainsi que :

- Les ECD ont amélioré leur système de répartition des psychotropes qui se base désormais sur les besoins exprimés par les CSI en lieu et place d'une répartition équitable des psychotropes ;
- Les ECD ont initié un système de redéploiement des produits psychotropes des CSI urbains où existent des dépôts de médicament et pharmacies privés vers les CSI ruraux ;
- Les comités de santé et les comités de gestion des CSI ont à leur niveau adopté et mis en œuvre des initiatives locales pour rendre disponible les psychotropes.

C'est ainsi que :

- certains CSI se sont rapprochés des promoteurs de dépôts privés de médicament pour assurer la disponibilité des produits ;

- les comités de santé et les comités de gestion des CSI ont adopté en assemblée générale que la tarification des soins habituellement appliquée soit trimestrielle chez les personnes souffrant de troubles neuropsychiatrique puis généralisée à toutes les pathologies chroniques ;
- d'autres ont constitué de fonds de roulement géré parallèlement au système officiel du recouvrement des coûts des soins de santé ;
- enfin d'autres ont trouvé des personnes ressources qui financent l'achat des psychotropes selon les besoins exprimés par les centres de santé.

❖ **Changement constatés:**

- les CSI inscrivent régulièrement des psychotropes sur leurs bons de commande de médicaments
- Le phénobarbital et la fluphénazine sont les produits fréquemment en rupture et entraînent des rechutes, et parfois abandon du traitement moderne
- Les situations de rechutes suite aux ruptures de médicaments ont suscité le développement d'initiative locale pour rendre disponible les psychotropes et les soins disponibles au niveau primaire
- les structures privées et publiques de ventes et promotion de médicaments sont de plus en plus impliquées dans le processus et prennent de plus en plus en compte les psychotropes dans leurs commandes des médicaments essentiels génériques (MEG),

❖ **Décisions prises:**

- Les agents des soins primaires doivent continuer à commander les psychotropes pour assurer leur disponibilité,
- Les agents des soins primaires doivent maintenir et renforcer la collaboration avec les promoteurs des dépôts privés de médicaments,
- Poursuivre le plaidoyer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour rendre les psychotropes disponibles même en périphérie
- Les ECD doivent persévérer dans leur quête de solution et d'initiative telle que le redéploiement des MEG psychotropes si nécessaire des zones urbaines pour assurer la disponibilité des psychotropes dans les CSI ruraux en besoin

Tableau N° 2 : récapitulatif annuel de la gestion des stocks de psychotropes au niveau des pharmacies des districts année 2014

Désignation	Stock disponible au 31 décembre 2014	Stock en péremption	Périodes et durée de rupture	Observation
Chlorpromazine comprimé 100mg	16 200 comprimés	00	Aucune	
Halopéridol comprimé 5mg	5 940 comprimés	5 000 comprimés	Aucune	Les CSI utilisent plus la chlorpromazine puisse qu'il leur a été conseillé la monothérapie seulement sauf pour des patients référés avec leur prescription
Trihexyphénidyle comprimé 5mg	4960 comprimés	00	Aucune	
Phénobarbital comprimé 100mg	00	00	Du 22 / 08 /14 au 31 / 12 / 14	
Fluphénazine injectable 25mg	00	00	Du 04 / 09 /14 au 31 /12 /14	
Carbamazépine comprimé 200mg	2480	00	Du 22 / 08 /14 au 23 / 10 /14	

3-3°) L'INFORMATION SANITAIRE :

Les supports élaborés et mis à la disposition des centres de santé ont permis de collecter des données statistiques assez édifiantes et le système de documentation et d'archivage de l'information sanitaire en matière des soins de santé mentale qui n'existait pas avant a permis d'assurer la fiabilité des données. C'est ainsi que nous disposons mensuellement des données statistiques des CSI sites de la recherche-action par rapport à :

- Le nombre de nouveau cas pris en charge entre 0 et 18 ans et 19ans et plus par rapport aux psychoses chroniques, aiguës, à la dépression, aux épilepsies, à la toxicomanie, aux troubles de développement et les troubles anxieux
- Les visites retour,
- Les références et contre références effectuées et reçues,
- Le nombre des cas orientés par les acteurs communautaires (relais et guérisseurs)
- Le nombre de séances d'IEC/CCC organisées dans l'aire de santé par le personnel des soins primaires
- Les thèmes développés au cours des séances d'IEC et le nombre de personnes ayant assisté

L'annexe N° 2 est assez illustrative. Elle présente le rapport centralisé d'un trimestre au niveau du district de Dosso en 2014.

Les suivis et évaluations des mesures et actions mises en œuvre ont permis de confronter les données des rapports produits par les agents aux données réellement documentées dans les supports sources (les procès verbaux de rencontres, les fiches ou bulletin de référence et contre référence, les différents cahiers de séances d'IEC, le registre général de consultation curatives) et d'améliorer la qualité des données émises par les CSI. Au district de Dosso nous sommes passés de 18 CSI avec données discordantes en 2013 à 3 CSI en fin 2014 et au niveau de celui de Douthi nous sommes passés de 19 CSI avec données discordantes à 9 CSI en fin 2014

D'une manière générale à ce niveau les constats sont les suivants :

❖ Changement constaté:

- Les données statistiques sur les pathologies neuropsychiatriques sont disponibles et plus détaillées à tous les niveaux (DRSP, ECD, CSI...)

- Réduction progressive des discordances des données entre les supports SNIS et ceux produit par la recherche
- La culture de la documentation des activités menées s'installe petit à petit dans les habitudes des agents de soins primaires de santé
- Les CSI ont initié des supports pour documenter et collecter des activités des acteurs communautaires afin de mieux coordonner leurs actions.

❖ **Décision prise:**

- Poursuivre l'utilisation des supports proposés par la recherche-action pour la collecte la transmission et l'archivage des données
- Les ECD doivent insister et veuillez à ce que les activités soient mieux documentées à chaque fois que l'occasion se présente et au cours des suivi/encadrement des CSI
- Formaliser les supports proposés par les CSI

3-4°) L'ACCESSIBILITE AUX SOINS ET SERVICE DE SANTE MENTALE :

D'une manière générale, les données recueillies à partir des fiches de rapports mensuels instaurées depuis le début de la recherche-action montrent clairement que les activités de soins de santé mentale ont augmenté au cours de l'année 2014. L'analyse des données statistiques a permis de savoir qu'elles existent mais aussi de démontrer que le besoin de soins de santé mentale existe en périphérie. En comparant les nombres de malades pris en charge selon les années, nous remarquons que l'accessibilité des usagers aux soins et service de santé mentale a augmenté au niveau des CSI. Cette comparaison est faite à partir de l'avant projet de santé mentale (2011) suivie de deux années de mise en œuvre du projet santé mentale (2012-2013) et enfin l'année de mise en route de la recherche-action (2014).

Au niveau des CSI sites de la recherche-action il y a aussi une nette progression qui a été remarquée. En effet les 5 CSI du district de Douthi ont passé de 05 cas en 2011 à 53 cas en 2012-2013 et 182 nouveaux cas pris en charge en 2014 soit 58,08% des cas pris en charge par les 24 CSI du district.

Quant aux 5 CSI site de la recherche-action du district sanitaire de Dosso ; ils sont passés de 0 cas en 2011 à 68 cas en 2012-2013 puis à 316 nouveaux cas pris en charge en 2014 soit 54,10% de l'ensemble des cas pris en charge par les 35 CSI du district. (Voir tableau ci-dessous)

Au niveau de tous les sites de la recherche l'on remarque une augmentation progressive du nombre des cas pris en charge.

Tableau N°3 répartition des cas pris en charge selon les années

Type de personnel de santé	Nombre de cas pris en charges selon les années		
	2011	2012 - 2013	2014
5 CSI sites R.A du district de Douthi	05	53	182
5 CSI sites R.A du district de Dosso	00	68	316

Sources : bilan annuel des activités de la recherche-action en santé mentale élaboré par le programme national de santé mentale

Par effet de contamination, les activités de la recherche-action ont fait en sorte que l'accessibilité aux soins et service de santé mentale a aussi progressé d'une manière générale au niveau des autres structures où intervient le projet d'intégration. Cela se remarque aisément au tableau ci-dessous

Tableau N°4: répartition annuelle de nouveaux cas de personnes souffrant de troubles neuropsychiatriques pris en charge par les structures

Structures de soins	Nombre de cas pris en charges selon les années				
	2011	2012	2013	2014	1 ^{er} trimestre 2015
Ensemble des 35 CSI du DS de Dosso	20	45	222	584	92
Ensemble des 24 CSI du DS de Douthi	43	46	295	303	99
Hôpital du district de Douthi	00	115	157	128	
Centre hospitalier régional de Dosso	256	226	209	172	

Source : rapport annuel des activités de santé mentale élaboré par la direction régionale de santé publique

Pour ce qui est du district sanitaire (Dosso), nous nous retrouvons avec des résultats en progression. En effet, en trois ans soit de 2011 à 2013 tous les CSI du district sanitaire de Dosso au nombre de 35 ont pris en charge 287 malades mentaux. Par contre en 2014, année de la mise en route des activités de la recherche-action l'ensemble des CSI a pris en charge 584 personnes souffrant de troubles mentaux neurologiques et liés aux substances psychoactives

En ce qui concerne le district sanitaire de Dogondoutchi, en trois ans soit de 2011 à 2013 tous les CSI du district sanitaire au nombre de 24 ont pris en charge 295 malades mentaux. De janvier 2014 à la fin de l'année les activités de la recherche-action ont permis à

l'ensemble des CSI de prendre en charge 303 personnes souffrant de troubles mentaux neurologiques et liés aux substances psychoactives.

D'une manière générale l'on remarque aussi que le centre hospitalier reçoit de moins en moins de malades

Outre l'augmentation du nombre des cas pris en charge par les structures périphériques, nous avons également remarqué que plus les structures de soins primaires assurent la prise en charge des cas de troubles neuropsychiatriques, moins les services spécialisés sont sollicités. Cela se remarque à partir de 2013 se poursuit en 2014 et déjà les données du premier trimestre 2015 confirment la tendance à la progression. Voir tableau ci-dessous.

Tableau N° 5 : répartition annuelle de nouveaux cas de personnes souffrant de troubles psychiques pris en charge selon le type de personnel de soins de santé

Type de personnel de santé	Nombre de cas pris en charges selon les années				
	2011	2012	2013	2014	1 ^{er} trimestre 2015
Infirmiers spécialisé en soins de santé mentale	256	537	467	451	79
Agent de soins de santé primaires	63	91	517	987	191

Source : rapport annuel des activités de santé mentale élaboré par la direction régionale de santé publique

D'une manière générale les actions et mesures mises en œuvre par rapport à cet aspect de l'intégration nous a permis de constater ce qui suit :

❖ **Changement constatés:**

- le traitement moderne est de mieux en mieux accepté et adopté par les communautés rurales
- Le nombre de nouveaux cas augmente régulièrement au niveau des services de soins primaires
- Le personnel de soins de santé primaire peut faire la différence par rapport à la réduction de l'écart des soins de santé mentale
- L'accompagnement de la communauté à travers ses organes de gestion (COGES et des COSAN) sur la tarification des soins a facilitée l'accessibilité financière au niveau des CSI sites de la recherche-action

❖ **Décision prise:**

- Formaliser la tarification des soins de santé mentale et généraliser cela au niveau de tous les CSI des deux districts sanitaire
- Encourager la recherche active des cas et une prise en charge globale du patient au cours des consultations curatives
- Multiplier la sensibilisation et la CCC de la communauté en matière de santé mentales
- Mettre à contribution des acteurs communautaires (relais, guérisseurs...) pour rechercher les perdus de vue et identifier les raisons de l'abandon du traitement
- Entreprendre une offensive au niveau national pour inclure l'aspect santé mentale dans la stratégie nationale qui organise les soins curatifs au niveau des services de soins de santé primaires

3-5°) LE SUIVI/ENCADREMENT :

Il s'agit des suivis et évaluation que toutes les équipes de recherche réalisent à tous les niveaux. C'est ainsi que l'équipe nationale constituée du PNSM et de la DRSP ont eu à effectuer 4 missions de suivi évaluation sur 4 prévues. Ces missions étaient réalisées en compagnie des points focaux des districts comme prévues par le plan d'action. Au niveau des ECD, l'équipe de Douthi a réalisé deux supervisions intégrées qui ont inscrit l'aspect santé mentale dans les termes de référence sur quatre prévues et l'équipe de Dosso a réalisé trois supervisions intégrées avec prise en compte de l'aspect santé mentale sur quatre prévues.

En ce qui concerne l'équipe scientifique qui accompagne la recherche constituée de la direction des études et de la programmation (DEP) à travers sa division recherche, du projet d'appui institutionnel du ministère de la santé (PAI-MSP) et le centre de perfectionnement des agents des districts sanitaires (CPADS) ; il a participé à un suivi en compagnie de l'équipe PNSM-DRSP et a co-dirigé le collaboratif de la fin de l'année 2014.

❖ **Changement constaté:**

- Amélioration continue de la prise en charge et de la collecte des données
- Les réunions de coordination sont de plus en plus réalisées aux moments prévus par les centres de santé intégrés (de 0 réunion réalisée en début d'activité de recherche nous sommes passés à 9 réalisées en 2014)

- les CSI inscrivent de plus en plus (de 0 à 50% pour Douthi et de 0 à 100% pour Dosso) l'aspect santé mentale dans les termes de référence des supervisions des cases de santé
- les ECD inscrivent (de 0 à 50% pour Douthi et de 0 à 75% pour Dosso) l'aspect santé mentale dans les termes de référence des supervisions intégrées des CSI
- les ECD à travers les points focaux de la recherche ont participé à tous les suivis opérationnels des activités de la recherche-action.

❖ **Décision prise :**

- Poursuivre les efforts jusqu'à ce que l'aspect santé mentale soit définitivement inséré dans les termes de référence (TDR) des supervisions intégrées des services des soins primaires et des ECD ;
- Inciter les autres CSI des deux districts sanitaires à organiser régulièrement les réunions de coordination avec les acteurs communautaire afin de mieux les impliquer dans le processus d'intégration ;
- Mettre à la disposition des services de soins primaires un registre contenant des items qui faciliteront le suivi de la qualité des soins en lieu et place des cahiers de santé mentale qu'ils utilisent actuellement.

3-6°) L'IMPLICATION DE LA COMMUNAUTE :

Par rapport à cet élément de l'intégration nous tenons à remarquer qu'il est transversal et qu'il a joué un rôle aussi minime soit-il au niveau de chaque élément de l'intégration. Les résultats que nous présentons concernent les constats qui démontrent l'adhésion des acteurs communautaires au processus.

❖ **Changement constaté:**

- Les communautés sont de mieux en mieux informés et adhèrent de plus en plus au traitement moderne des troubles psychiques
- De plus en plus de malades sont orientés vers les CSI par les acteurs communautaires:
- ✓ Au DS de Douthi de 2011 à 2013 = 00 cas référés ; en 2014 ce sont 33 cas référés
- ✓ Au DS de Dosso de 2011 à 2013 = 00 cas référés ; en 2014 ce sont 75 cas référés
- Diminution de la stigmatisation et de la discrimination (les noms dégradant antérieurement attribués aux malades mentaux sont de moins en moins utilisés)
- L'implication des acteurs communautaires dans les activités de soin de santé mentale a renforcé les relations entre prestataires et membres de la communauté. Actuellement

tous les CSI dispose de la liste des tradipraticiens qui interviennent dans leur aire de santé et ces derniers participent régulièrement aux réunions de coordinations que les CSI organisent

❖ **Décision prise:**

- Renforcer le cadre d'échange avec les acteurs communautaires (retro information, participation à des séances d'IEC, recherche des PDV, tenue des réunions de coordination...),
- Renforcer l'implication communautaire dans la gestion de l'intégration des soins avec plus d'offensives vers les élus locaux,
- Susciter le développement d'initiatives locales en faveur de la santé mentale et des usagers de santé mentale

Le tableau ci-dessous résume les différents avis exprimés par les acteurs communautaires au cours des focus-group. Les avis ont précisément porté sur trois points à savoir :

- leur adhésion à la stratégie d'intégration des soins,
- leur positionnement compte tenu des multiples préjugés sur la maladie mentale et les malades neuropsychiatriques,
- enfin sur ce qu'ils pensent pouvoir faire pour promouvoir la santé mentale dans la communauté.

Tableau N° 6 : résumé des avis exprimés par les acteurs communautaires lors des focus-group sur leur implication à la stratégie d'intégration des soins de santé mentale

Points ayant fait objet des débats en focus-group	Résumé des avis exprimés par les acteurs communautaires
De l'adhésion de la communauté à la stratégie d'intégration des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Nous savons que vous voulez nous impliquer dans ce que vous voulez faire même si vous ne l'aviez pas ouvertement exprimé. - Toutes ces formations dont on bénéficié les relais les ASC, - les réunions auxquelles nous nous convié - et les améliorations des états de santé de certains de nos communauté nous ont renforcé à adhérer à cette nouvelle stratégie de soins dans laquelle nous avons des rôles à jouer - Les guérisseurs traditionnels ont exprimés leur pleine implication car pour certains c'est la première fois qu'ils sont associés a la mise a œuvre d'une stratégie de soins.
Du positionnement des membres de la communauté compte tenu des multiples préjugés sur la maladie mentale et les malades neuropsychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - écoutez personne n'est dupe avec le traitement au centre de santé nous voyons bien de l'amélioration - les habitudes ancestrales c'est difficiles de s'en débarrasser mais nous sommes conscients que le traitement du major marche tu reçois aucun coup et tu guéri - la stratégie nous convient car pour celui qui cherche la sante, peu importe les préjugés
De ce que les membres de la communauté pensent pouvoir faire pour promouvoir la santé mentale dans la communauté.	<ul style="list-style-type: none"> - Nous souhaitons que tout le monde soit impliqué, les malades, les parents des malades, les guérisseurs et charlatans les chefferies traditionnelles et surtout aidez nous à impliquer davantage les conseillers et maire des communes - Faites tout pour rendre disponible les produits - Nous sommes même prêts à créer un comité pour vous accompagner si la mairie est d'accord

IV°) DISCUSSION :

Dans ce chapitre c'est avec plaisir que nous allons donner les avantages et inconvénients des actions entreprise tout comme les réussites et les limites.

En ce qui concerne l'aspect relatif à la disponibilité de personnel compétent ; nous avons fait de ce point un élément essentiel de l'intégration des soins de santé mentale parce qu'il fallait disposer de l'expertise nécessaire pour mener à bien la tâche tant sur le plan professionnel que par rapport à la conduite des activités de la recherche. C'est pourquoi il y a eu plusieurs types de formation.

La formation sur le mécanisme de conduite de la recherche-action a été indispensable parce qu'elle a permis à tous les acteurs de la recherche (chercheurs internes et externes) d'être outillés pour conduire les activités de la recherche chacun à son niveau de responsabilité et de garder la même vision.

La formation de mise à niveau en santé mentale a été une forme de rappel mais aussi l'occasion de remettre les connaissances théoriques qu'ont les agents sur le sujet dans un cadre pratique et opérationnel. Doter d'un guide d'intervention duquel est issu l'essentiel de ce qui leur a été appris, les agents des soins primaires ont eu plus confiance en eux pour prendre en charge les patients qui ont toujours été confiés aux spécialistes du domaine. Ces renforcements de capacité ont également contribué à les motiver davantage

Outre ces avantages sur le plan personnel, ces renforcements de capacité ont facilité à un plus grand nombre de malades l'accéder aux soins comme le témoigne cette mère.

T.D mère d'un malade psychotique venue chercher des médicaments pour son enfant témoigne: « mon fils était malade depuis environ 3 ans. Il fuguait ; il a été plusieurs fois amené à Koré au Nigéria pour soins sans succès. Il y a environ 1 mois j'ai appris que le traitement est disponible au CSI de Dankassari. Ca fait 3 semaines qu'il a commencé le traitement à Dankassari et depuis lors il est guéri. Aujourd'hui je suis venue lui chercher les médicaments car il est au champ entrain de semer du niébé.



A ce propos un CD contenant des témoignages filmés accompagnera les copies hard de ce mémoire.

D'autres part ces formations ont permis au secteur de la santé mentale de disposer de données sur les soins de santé mentale un peu plus détaillés et fiables dans la zone d'intervention du projet.

Au niveau des professionnels il faut tout simplement maintenir le suivi-encadrement pour non seulement pérenniser l'acquit mais aussi éviter à ce que certains agents ne se prennent pour des spécialistes et se mettent à faire des prescriptions qui dépassent leur champ d'action. Nous estimons que l'expérience a été positive et nous comptons mettre en œuvre un programme de renforcement de capacité en santé mentale au bénéfice des agents du niveau primaire de soins au cours de l'année 2016.

En ce qui concerne les renforcements des capacités au bénéfice des acteurs communautaires ; cela a été bénéfique à plus d'un titre. En effet, leurs interventions a facilité l'adhésion des communautés rurales aux soins modernes et l'accessibilité financière des usagers aux soins. Cependant force est de reconnaître qu'avec les tradithérapeutes il y a eu un premier échec puisque qu'ils avaient pensés que nous voulions changer leurs pratiques et leur donner de nouvelles directives. Ceci nous a amené à changer la notion de renforcement de capacité en rencontre d'échanges d'expériences entre les tradipraticiens et nous. Les rencontres sont d'abord locales et directes entre les tradipraticiens et les agents de soins primaires, ensuite au cours des réunions de collaboratif qu'organisent les équipes cadre des districts. Le principal constat est que depuis que les rapprochements se font plus fréquents, les mentalités changent progressivement en faveur du traitement des malades mentaux. Nous avons constatés que les malades enchainés commencent à être conduits aux centres de santé, les enfants épileptiques commencent à aller à l'école et les élus, chefs coutumiers et religieux s'impliquent davantage dans le processus du développement de la santé mentale communautaire. C'est ainsi que des tradipraticiens et chefs religieux font aujourd'hui partie des membres de certains comité de gestion des centres de santé et/ou des comités mis en place par la communauté pour gérer l'approvisionnement en psychotropes. Dans d'autres aires de santé ce sont même des chefs religieux et coutumiers qui ont demandé à la mairie de songer à mise en place de comité de promotion de la santé mentale dans la communauté. Les effets de la participation communautaire se fait également sentir à travers les activités de VAD et d'orientation de malade que mènent les relais communautaire pour lesquelles les rencontres de collaboratifs ont décidé de formaliser les supports de collecte des données qui ont été proposés par les chefs CSI. Cette évolution des mentalités se fait sentir à tous les niveaux puisque qu'aux collaboratifs de juin 2015 organisés par les districts sanitaires il était même question d'organiser la référence et la contre référence entre les tradipraticiens et les services de santé. Les réflexions se poursuivent sur ce point et nous avons l'intention d'entreprendre un travail de recherche par rapport à l'apport des tradipraticiens dans le domaine de la santé mentale au Niger.

L'expertise étant assurée avec les différents renforcements de capacité et les rencontres d'échanges ; il nous faut les intrants pour agir. En termes d'intrant pour l'action nous voulons principalement parler du moyen de prise en charge médicamenteuse, c'est-à-dire les psychotropes. Il nous faut nécessairement rendre disponibles les psychotropes au niveau des services de soins de santé primaires. Dans un premier temps nous avons profité du fond de roulement mis en place par le projet en accompagnement duquel est conduite la recherche-action. Malheureusement dans un contexte de recouvrement des coûts de soins couplé d'une politique de gratuité des soins chez les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de 0 à 59 mois nous sommes très vite tombés en faillite.

En effet, très vite les fonds générés par la vente des psychotropes ont été engloutis dans le fond du recouvrement des coûts des soins qui n'arrive plus à satisfaire les besoins des services de santé périphérique à cause de l'énorme retard qu'accuse l'état par rapport au remboursement des frais de la gratuité (plusieurs mois voire années de retard). Au fur et à mesure des commandes, les psychotropes ne sont pas servis par les fournisseurs et les ruptures se font de plus en plus fréquentes et même longues pour certains psychotropes. Après investigation, nous nous sommes rendus compte que ce ne sont pas les districts chargés de satisfaire les bons de commandes des CSI qui ne commandent pas ; le problème est lié à plusieurs facteurs tels que :

1. Les psychotropes font partie des nouveaux besoins des districts sanitaires et les fournisseurs ne sont pas préparés à cela ;
2. Une fois les commandes reçues, les fournisseurs ne servent que ceux dont ils disposent en stock et ne se fatiguent pas pour ces nouvelles molécules malgré le besoins exprimé par ses clients à cause d'impayés

L'un dans l'autre, nous avons créé des besoins que nous n'arrivons pas à satisfaire. Nous avons alors suscités le développement d'initiatives locales pour résoudre le problème. Ce qui a fait que les équipes cadre des districts ont d'abord amélioré la gestion des psychotropes au niveau des pharmacies des districts et entre centres de santé. C'est ainsi que les districts sont passés d'une répartition équitable des quantités de psychotropes à une répartition qui tient compte des besoins exprimés par les CSI et même à un redéploiement des produits des zones urbaines vers les zones rurales ou des CSI qui consomment moins vers les CSI à plus grandes consommations.

Localement les CSI et leurs comités de gestion des services de santé ont également mis en place des initiatives leur permettant de disposer de psychotropes. Malheureusement ces

initiatives sont difficiles à pérenniser car elles ont beaucoup d'inconvénients sauf celles en rapport avec le renforcement du partenariat avec les promoteurs des dépôts de médicaments et pharmacies privés. En effet, la gestion parallèle des fonds générés par la vente des psychotropes risque d'être source de conflit en membre du comité de gestion et une tierce personne. Ce qui n'arrange pas le travail en équipe et ne peut être pérennisé. D'autre part, l'initiative de ravitailler le centre de santé par une tiers personne n'est pas à encourager car, le jour où la personne pour une raison quelconque ne sera pas dans les conditions de fournir les produits ; la rupture s'installera à nouveau.

Tenant compte de tout ce qui précède, nous estimons que par rapport à la disponibilité des psychotropes, la meilleure bonne pratique serait de :

- Renforcer le partenariat avec les pharmacies et dépôts privés de médicament afin que ces derniers puissent le rendre disponible et financièrement accessibles pour les usagers
- Continuer le plaidoyer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire afin que les psychotropes soient disponibles sur le marché national;

L'expertise et les intrants disponibles, il est temps d'agir afin de recueillir les informations nécessaires pour juger de l'efficacité et de l'efficience des mesures proposées et mises en œuvre. Pour cela nous avons mis en valeur les supports existants et que les centres de santé utilisent traditionnellement pour marquer la notion d'intégration que nous visons et éviter une soit disant surcharge derrière laquelle certains agents peuvent se cacher pour ne pas faire le travail qui leur sera confié. Il s'agit précisément de : cahiers d'IEC, les cahiers de visite à domicile (VAD), le registre général des consultations curatives. A ces supports nous avons adjoint une fiche de rapport mensuel des activités de santé mentale. Cette fiche nous permet d'avoir des informations plus détaillées sur les pathologies neuropsychiatriques à la différence des supports du système national d'informations sanitaires(SNIS) qui les regroupe au sein d'un item troubles mentaux. En plus de cela, la fiche nous informe sur les activités d'IEC, de suivi ambulatoire et sur les activités menées par et avec les acteurs communautaires.

L'utilisation des supports traditionnels et de la nouvelle fiche nous aide à vérifier la fiabilité des données recueillies par les acteurs de terrain lors des suivis opérationnels en comparant les sources des données.

Quant à la fiche de suivi opérationnel, elle a permis à l'équipe du district et à celle du niveau national de procéder à des évaluations continues tout au long de la mise en œuvre des

actions planifiées. C'est d'ailleurs au cours de ces suivis que nous nous sommes rendus compte de la nécessité d'un plan de résolution de problème pour les centres de santé. Il leur facilite l'identification des situations problématiques et la prise de décisions locales en vue de résoudre le problème. L'utilisation de ce plan de résolution de problèmes a conduit les responsables des centres de santé intégrés à initier des supports qu'ils ont mis à la disposition des relais communautaires afin de mieux coordonner les actions menées par ces derniers. Ces supports ont été d'un grand apport du point de vue documentation des activités et source de vérification des données collectées.

Elles ont aussi renforcée la crédibilité des relais au sein de la communauté.

D'une manière générale tous ces supports initiés en début et en cours de recherche ; doivent être capitalisées comme bonnes pratiques. Ces supports nous ont permis non seulement de mener nos travaux de recherche mais aussi de mesurer leur importance et efficacité dans un système de soins de santé mentale.

C'est pourquoi, nous avons demandé aux ECD de généraliser la fiche de rapport au niveau de tous les CSI où intervient le projet d'intégration. Aussi, nous comptons capitaliser cela comme bonne pratique à insérer dans le système national d'informations sanitaires afin de disposer d'information plus détaillées sur les soins de santé mentale au niveau national (processus déjà entamé). De même le cahier de soins de santé mentale sera remplacé par un registre afin de mieux conserver les informations et suivre la qualité des soins fournis par le niveau primaire des soins.

Plus l'information sanitaire est de qualité plus les décisions à prendre pour le système de soins seront efficaces.

Le quatrième élément sur lequel nous avons agi au cours de cette recherche est l'accessibilité aux soins. Dans le cadre de cette recherche ; nous reconnaissons que c'est un aspect de l'intégration subordonné à la disponibilité d'un personnel compétent et des psychotropes. Aussi ; il n'a pu se mesurer que grâce à la disponibilité des données. Cependant ; il est bien clair que l'accessibilité n'est pas que géographique, elle doit aussi être financière. En effet c'est au cours des suivis que nous nous sommes rendus compte de cela car, malgré la disponibilité du personnel compétents et des psychotropes, l'accessibilité aux soins ne s'est améliorée qu'après que le paiement des frais des soins aient été rendus trimestriel.

Au début de la recherche plusieurs malades se rendaient encore à la capitale régionale pour se ravitailler en psychotropes malgré les frais de transport et le risques de manquer les produits à la pharmacie. Cela était dû au fait que les personnes souffrant de troubles

neuropsychiatriques payaient les frais de consultation chaque semaine puisse que dans le cadre du recouvrement des coûts, l'épisode maladie est hebdomadaire. Ce qui ne peut pas être le cas pour les maladies chroniques comme les troubles neuropsychiatriques.

Ce réaménagement de la tarification intervenue avec le soutien de la communauté a beaucoup aidé le processus de l'intégration à avancer. Ce qui nous fait dire que toute intégration des soins de santé mentale dans le système des soins de santé primaires qui ne tienne pas compte de l'aspect financier risque d'échouer. L'image ci-dessous présente le témoignage d'un patient stabilisé qui vaque tranquillement à ses occupations tout en suivant son traitement localement dans son village

S. « J'ai développé des troubles mentaux qui m'ont fait suivre plusieurs traitements traditionnels sans succès. Après avoir appris par la radio Dallol la possibilité du traitement à l'hôpital de Dosso en 2012 mes parents m'y ont amené où après deux visites le docteur m'a transféré à l'hôpital de district de Douchi pour les visites de suivi. Avant le traitement était difficile car je partais chaque mois à Dosso mais aujourd'hui Dieu merci je suis suivi à Douchi même. Ce qui me permet d'être toujours présent dans mon atelier. Je suis vraiment content de retrouver ma santé ».



Pour faciliter les suivis financièrement accessibles, nous nous sommes déjà rapprochés de la division santé communautaire du Ministère de la santé afin que l'aspect tarification des actes de soins de santé mentale au niveau primaire puisse être pris en compte lors de la révision de la stratégie nationale de la santé communautaire.

Pour ce qui est du suivi/encadrement des agents, c'est un élément sur lequel nous avons agi pour favoriser l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires. Ce point occupe une place importante dans le cadre de notre recherche car le domaine de la santé mentale a toujours été marginalisé et peu considéré dans le système de santé au Niger. Les professionnels pensent qu'il s'agit d'une spécialité parallèle qui ne concerne que les spécialistes en la matière et le politique ne considère pas le domaine dans leurs priorités. Cela a été remarqué avant le début de cette recherche et lors de l'analyse de la situation qui a fait ressortir que la DRSP et les ECD ne se sont pas appropriés le projet d'intégration malgré les investissements financiers et en logistiques fait pour leur faciliter le suivi des activités.

Jusqu'en 2014 il n'existait aucune fiche de collecte des données des activités du projet et les bailleurs de fond du projet étaient obligés de financer une mission indépendante de collecte des données des activités réalisées par le projet.

Compte tenu de ces expériences dommageables que nous avons observées, nous considérons le suivi/encadrement comme essentiel et important sur lequel la recherche doit agir. Les résultats l'ont signifié à plusieurs reprises. Le suivi/encadrement des agents du niveau opérationnel des soins nous a permis de faire régulièrement l'évaluation des activités planifiées et mises en œuvre par les acteurs à différents niveaux de responsabilité. Le suivi/encadrement nous a permis d'identifier et rectifier les notions insuffisamment assimilées au cours des renforcements des capacités par les acteurs de terrain. Le suivi/encadrement nous a permis d'identifier les situations problématiques en rapport avec les autres aspects de l'intégration pour lesquels nous avons proposés des corrections ou contribué à corriger. Bref ; le suivi/encadrement est tout simplement fondamental dans le cadre de toute activité qui exige des résultats. Pour cela il faut tout simplement savoir le documenter afin que les expériences puissent servir à améliorer l'existant. La documentation des actions menées est devenue un élément à capitaliser à tous les niveaux du système des soins de santé.

Enfin le dernier élément essentiel sur lequel ont porté nos actions est l'aspect implication de la communauté. En effet cet aspect est d'une importance capital pour tout celui qui veut intervenir dans le domaine de la santé car il s'agit tout simplement de la santé de cette communauté où l'intervention va se réaliser et secondairement cette communauté est membre à part entière de l'organisation et de la gestion des services de santé. C'est à ce titre que nous avons tout au long de nos actions cherché à avoir l'adhésion des communautés, sa participation et ses apports. Pour cela les actions entreprises ont tenu compte de la catégorie d'acteur communautaire. Les renforcements de capacité ont été réalisés au bénéfice des enseignants et relais communautaires ; les communications pour un changement de comportement (CCC) au bénéfice des leaders communautaire et les membres des comités de santé et gestion et enfin les cadres d'échanges avec les tradipraticiens.

Nous sommes arrivés à mobiliser la communauté à adhérer à notre approche d'intégration des soins et à la faire participer à la mise en œuvre des activités planifiées. Notre recherche l'a démontré tout au long du processus car c'est un élément essentiel qui a facilité la mise en œuvre des actions planifiées au niveau de tous les autres éléments constitutifs du cadre conceptuel et du processus d'intégration que nous avons proposé. C'est ainsi que :

- La disponibilité de personnels compétents a été assurée grâce à la participation de la communauté ;

- La disponibilité des psychotropes financièrement accessibles aux usagers a été assurée grâce à l'implication de la communauté ;
- La collecte des données fiables a également été influencée par la participation de la communauté.

Quant au troisième volet de l'implication de la communauté, nous devons continuer l'offensive de rapprochement par le plaidoyer et le CCC pour susciter le développement et la mise en œuvre d'initiatives venant de la communauté en faveur de leurs concitoyens et/ou pour la promotion de la santé mentale. En témoigne l'image ci-dessous d'une réunion de plaidoyer dans une commune rurale



Rencontre de plaidoyer et de sensibilisation dans la salle de réunion de la mairie de Matankari (Doutchi) sur les soins de santé mentale au niveau périphérique des soins de santé.

En somme les résultats de cette recherche ont été édifiants pour nous. Elle a permis au projet d'intégration de :

- atteindre un plus grand nombre de personnes souffrant de trouble mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psycho actives ;
- mobiliser le soutien de la communauté au tour des problèmes de santé mentale;
- consacrer plus de temps à la prévention à travers le plaidoyer, l'information et la sensibilisation sur la santé mentale ;
- améliorer l'image des personnes souffrant de troubles psychiques chez le personnel soignant et dans la communauté ;
- améliorer les relations des prestataires avec les autres secteurs et services sociaux de l'interface (mairie, écoles, promoteurs de dépôts privés de médicaments, tradipraticiens)

- améliorer la collecte de données sur les soins de santé mentale au niveau périphérique de soins de santé ;
- disposer de données et informations fiables sur les soins de santé mentale au niveau périphérique des soins de santé

Cette recherche nous a permis de capitaliser assez de connaissances et expériences dont nous userons pour promouvoir l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires à une plus grande échelle. D'ores et déjà le projet d'intégration veut s'élargir et couvrir toute la région sanitaire où il intervient.

Pour cela nous avons déjà entamé des offensives par rapport à l'amélioration du cadre institutionnel en essayant d'intégrer l'aspect développement de la santé mentale communautaire dans tous les textes réglementaires et stratégiques des systèmes de santé au Niger. Actuellement il s'agit de la politique nationale de santé en révision, du nouveau plan du développement sanitaire 2016-2020 en rédaction, du plan stratégique national de santé mentale 2016-2020 en rédaction, des stratégies nationales de santé communautaire et de soins de santé primaire, des normes et procédures du système de santé en révision et aussi du référentiel du système national d'informations sanitaires. Parallèlement nous sommes en recherche de financement pour le passage à une plus grande échelle. Une fois ce passage réussi, nous allons mettre l'accent sur la participation communautaire en générale et particulièrement sur les élus locaux afin de susciter leur engagement à accompagner les professionnels de la santé dans la quête du bien être des personnes souffrant de troubles mentaux neurologiques et liés à l'abus des substances psychoactives. Cela pourrait se traduire par la création d'un cadre d'échange qui permettra aux collectivités de fixer les orientations locales en matière des soins de santé mentale.

CONCLUSION :

A la lumière des résultats auxquels nous sommes parvenus, j'estime que nous avons sans nul doute atteint l'objectif que nous nous sommes fixé. En effet au niveau de chaque élément sur lesquels nous avons agit, nous disposons déjà des meilleurs pratiques rassembler au cours de l'année 2014. Nous sommes arrivés à identifier et corriger les situations à problèmes et nous avons adopté de nouvelles mesures qui sont en cours de mise en œuvre cette année 2015.

L'évaluation finale qui interviendra en décembre 2015 mettra en commun les résultats des deux années de recherche afin de produire un document de bonnes pratiques en matière d'intégration des soins de santé mentale dans le système de soins de santé du district.

L'expérience du projet d'intégration des soins de santé mentale capitalisée, le cadre institutionnel amélioré, les promesses de financement du secteur confirmées ; le développement de la santé mentale communautaire à une plus grande échelle peut commencer dès l'année 2016 et progressivement couvrir le territoire national.

Cette recherche-action est tout simplement pour le Niger le point de départ vers les objectifs du *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS*.

Point de santé sans la santé mentale ; il est temps d'agir

Résumé du mémoire

Le Niger est un pays continental avec une population majoritairement rurale et connaît un important écart de soins de santé mentale. Pour remédier à ce problème, le programme national de santé mentale a opté pour l'intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires de santé comme le propose l'OMS à travers son programme d'action pour combler les lacunes en santé mentale.

A ce effet, nous avons conduit une recherche-action en accompagnement des activités d'un projet d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire afin de capitaliser l'expérience en cours d'exécution dans deux districts sanitaires.

A mi parcours, de notre recherche l'espoir de promouvoir la santé mentale communautaire est permis. En effet, l'accompagnement des activités du projet d'intégration par une recherche-action a permis de rassembler des mesures pertinentes, efficaces en rapport avec :

- la disponibilité d'un personnel compétent, à travers des séries de formations recyclage et la multiplication des cadres d'échanges ;
- la disponibilité de psychotropes financièrement accessible aux usagers, à travers le plaidoyer et les rapprochements avec les promoteurs des pharmacies et dépôts de médicaments
- la production d'informations sanitaires fiables et pertinente pour la prise de décision adéquates, avec l'utilisation correcte des supports, la documentation régulière des activités menées et la production des données;
- le suivi/encadrement assidu des acteurs de terrain pour assurer la qualité des prestations ;
- l'implication de la communauté à tous les niveaux des interventions pour une meilleure qualité de santé et de vie socioprofessionnelle.

En somme nos résultats montrent que la promotion de la santé mentale communautaire est possible à travers l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires et le niveau primaire des soins de santé peut favoriser la réduction de l'écart des soins de santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE :

Christian blinding mission (cbm) : guide de santé mentale communautaire ; p 44 novembre 2008

Ministère des Finances / Institut National de la Statistique (INS) Septembre 2013: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (**EDSN-MICS IV 2012**), (rapport définitif), p 426 Niamey (Niger)

Ministère des Finances / Institut National de la Statistique (INS) (2013) : Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2012), (rapport définitif) Niamey (Niger)

Ministère de la santé publique/direction de l'organisation des soins (2015) : stratégie nationale de participation communautaire en matière de sante 2015-2024 ; p 48 Niamey (Niger)

Ministère de la santé publique/direction de la statistique sanitaire (septembre 2014) : annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2013 ; p 321 Niamey (Niger)
site web: www.snis.cermes.net

Ministère de la santé publique/direction des études et de la programmation ; programme national de santé mentale (2009) : rapport de l'enquête nationale sur les systèmes de santé mentale (rapport final) ; p 58 Niamey (Niger)

Ministère de la santé publique/direction des études et de la programmation ; programme national de santé mentale (2009) : rapport de l'enquête régionale sur les besoins en soins de santé mentale dans la région de Dosso (rapport final) ; p 25 Niamey (Niger)

Organisation mondiale de la Santé (2008) : Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale mhGAP (Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives) ; p 48, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse)

Organisation mondiale de la Santé (2011) : guide d'intervention pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées (Version 1.0), p 121 ; 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) Courriel :mhgap-info@who.int Site Web : www.who.int/mental_health/mhgap

Organisation mondiale de la Santé (2008): Integrating mental health into primary care – a global perspective (en anglais)
http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdfwww.who.int/mental

Organisation mondiale de la Santé (2004) : la situation de la sante mentale : Guide des politiques et des services de santé mentale, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse)

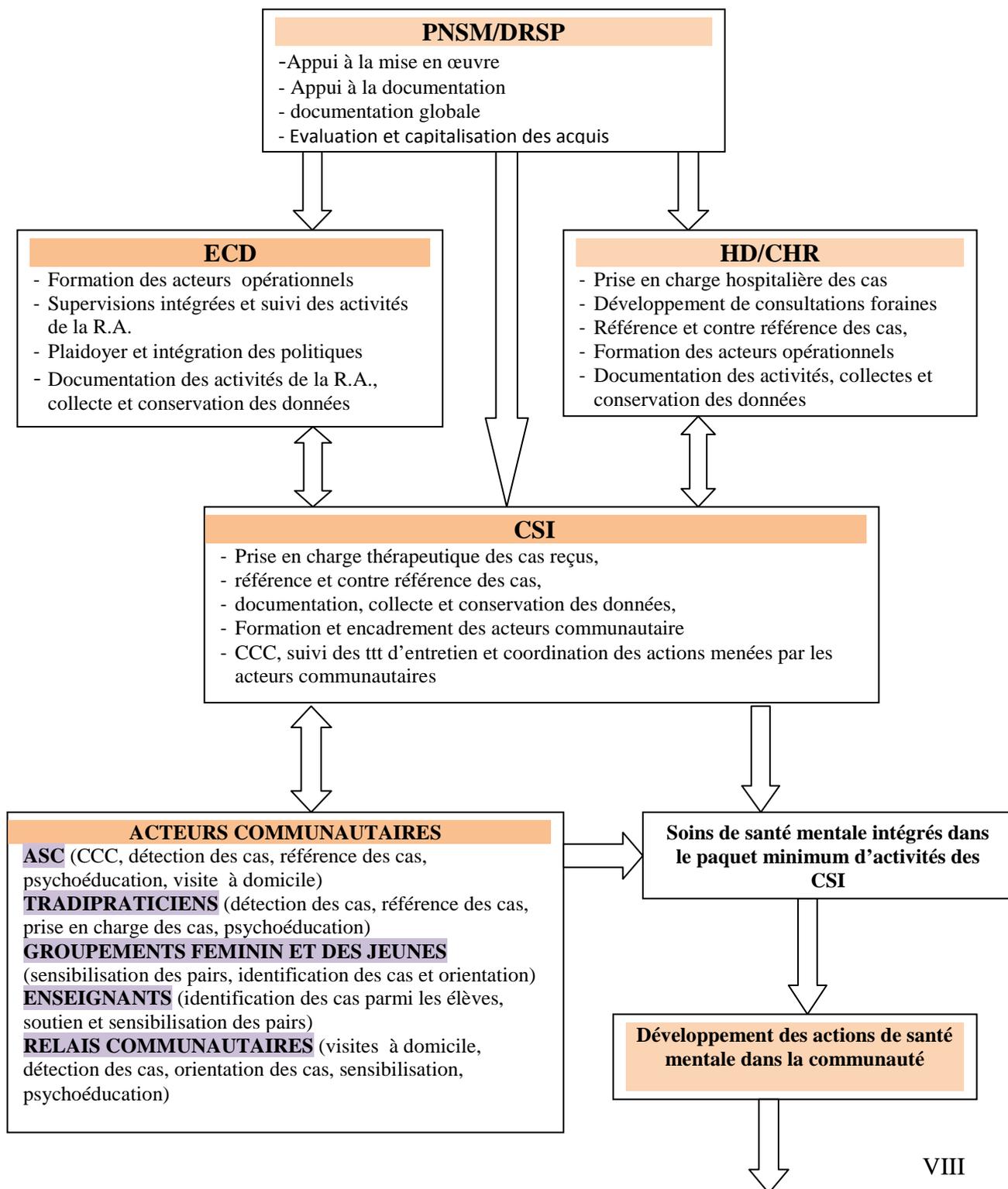
Organisation mondiale de la Santé (2005) : Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse)

Organisation mondiale de la santé (2005): instrument d'évaluation des systèmes de sante mentale (version 2.1) ; p 66 Département de Santé Mentale et d'Abus de Substance Genève

Annexes

Annexe N°1

Model descriptif des activités



**Amélioration de la santé et de la qualité de vie des
personnes souffrant de troubles psychiques et de la
communauté**

Annexe N° 2 : exemple de rapport trimestriel centralisé au niveau d'un district

Mois/An : T2 / 2014 Unité de Santé : DS Dosso District/Region: _____

Nombre totale de personnes présentant des troubles mentaux, neurologique et lies consommation des substances psychoactives :

	Nouveaux cas				Visite retour				Total (nouveau+VR)			
	masculin		féminin		masculin		féminin		masculin		féminin	
	0-18 ans	19 +	0-18 ans	19 +	0-18 ans	19 +	0-18 ans	19 +	0-18 ans	19 +	0-18 ans	19 +
Déficiência intellectuelle/mentale	0	1							0	1	0	0
Psychoses	4	20	2	29	1	17	3	8	5	37	5	37
Epilepsie	62	51	32	28	33	31	16	25	95	82	48	53
Dépression	0	2							0	2	0	0
Alcoolisme (utilisation abusive de l'alcool)	0	1			1				1	1	0	0
Toxicomanie (utilisation abusive des drogues)	0	0	0	0	0	1			0	1	0	0
Anxiété	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Autres troubles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
clients orientés par les acteurs communautaires	2	7	3	3					2	7	3	3
Nombre de perdu de vue									2	4	0	4
Clients qui reçoivent une VAD									15	17	5	8
Nombre de références faites aux spécialistes en santé mentale									2	1	0	0
Nbre de contre réf: reçu									2	1	0	0
Clients qui reçoivent la thérapie psychosociale									3	5	1	1

Nombre de séance de sensibilisation: 83 Nombre de participants aux séances de sensibilisation 1640
 Nombre de réunion de coordination 42

Annexe N°3 : données statistiques centralisées des cas de troubles neuropsychiatriques de 2011 à 2013 et 2014 des deux districts sanitaires

Nombre de cas de troubles mentaux rapportés par les CSI du District sanitaire de Doutchi au cours des années précédant la mise en route de la recherche(en rouge les CSI de la recherche-action)

FORMATION SANITAIRE	2011					2012					2013				
DISTRICT SANITAIRE DE DOUTCHI															
Dankassari	0	0	0	0	0	0					0	4	6	8	18
Koré Mairoua	0	0	0	0	0								1	4	5
Goubey	0	0	1	4	5						0	0	0	25	25
Matakari					0								0	3	3
Rigia Samna					0								1	1	2
Birni N Lokoyo	0	0	1	1	2	0	0	0	2	2	0	0	4	6	10
Dogonkiria				4	4	0	0	0	3	3	0	2	4	3	9
Makourdi				1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2
Soucoucoutane				0	0			0	0	0			2	2	4
Doubalma	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	0	0	0	1
Lido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Makorwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guéchémé	0	0	0	3	3	0	0	2	3	5	3	7	16	44	70
Douméga	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5
Fadama	0	0	0	5	5	0	0	0	2	2					0
Bini Falla	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2
Tibiri	0	0	4	11	15	0	0	6	10	16	1	1	57	57	116
Bawada Guida	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	1	2
Rouda	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2
Kiéché	0	0	1	4	5	0	0	0	6	6	0	2	7	8	17
Bakin Tapki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maïkalgo	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0
Doutchi sud	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
Doutchi Nord	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	7	36	43	0	0	9	37	46	5	16	102	172	295

Nombre de cas de troubles mentaux rapportés par les CSI du District sanitaire de Doutchi au cours de l'année 2014 (en rouge les sites de la recherche-action)

	Trimestre 1					Trimestre 2					Trimestre 3					Trimestre 4					
	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	
Dankassari	2	1	7	13	23	0	0	4	3	7	0	0	7	4	11	0	0	10	3	13	54
Koré Mairoua	0	0	0	3	3	0	0	1	1	2	2	1	7	5	15	0	0	0	0	0	20
Goubey		1	2	0	3	1	0	0	0	1	1	1	3	2	7	0	1	4	3	8	19
Matakari			21	2	23	2	16	4	10	32	0	1	1	4	6	0	3	2	3	8	69
Rigia Samna	0	0	1	2	3	0	1	3	0	4	0	1	1	2	4	0	0	2	1	3	14
Birni N Lokoyo	0	0	0	3	3	0	0	1	2	3	0	0	1	6	7	0	1	2	0	3	16
Dogonkiria	2	0	6	4	12	0	0	0	0	0	0	0	11	4	15	0	0	3	2	5	32
Makourdi	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Soucoucoutane	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	0	0	1	1	2	0	0	1	1	2	8
Doubalma	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Lido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2	3
Makorwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
Guéchémé	6	9	4	6	25	2	4	1	14	21	0	0	1	4	5	0	0	0	8	8	59
Douméga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	4
Fadama	0	0	2	3	5	0	0	1	5	6	0	0	1	7	8	0	0	1	1	2	21
Bini Falla	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	2	3	5
Tibiri	0	0	5	1	6	0	2	6	3	11	0	0	4	3	7	0	0	1	3	4	28
Bawada Guida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	0	0	0	0	0	4
Rouda	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
Kiéché	0	0	0	2	2	0	0	3	3	6	0	0	2	2	4	0	1	3	1	5	17
Bakin Tapki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	1	0	1	4
Maïkalgo	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Doutchi sud	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	3	3	0	0	0	3	3	9
Doutchi Nord	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	10	11	49	39	109	6	23	29	54	112	3	4	44	52	103	0	6	35	38	79	303

Nombre de cas de troubles mentaux rapportés par les CSI du District sanitaire de Dosso au cours des années précédant la mise route de la recherche-action (en rouge les sites de la recherche-action)

FORMATION SANITAIRE	2011					2012					2013				
	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot
Kargui Bangou	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	7	10	20
Kayan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
Garankédey	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	9	13
Mokko	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	9	14	30
Yambaré	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sambéra	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Bangaga	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Ouna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	16
Fakara Béri	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	0	0	0	0	0
Bella II	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2
Bella I	0	0	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Farey	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
Moribane	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	13	5	20
Kaffi	0	0	2	7	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tessa	0	0	1	0	1	0	0	4	2	6	0	2	2	5	9
Tchangalla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Babadey	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sandidey	0	0	0	1	1	0	0	3	9	12	2	0	7	13	22
Deytégui Attili	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	16	22
Saboudey	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5
Wangalkaïné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	8	1	27
Tombokoirey	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Gorou Bankassam	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	12	16
Goumandey Seyni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Tondigam Issa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4
Haïdara koira	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sakadama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barokoira	0	0	1	0	1	0	0	3	1	4	0	0	0	1	1
Bagnagondi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
garbeygorou Bessa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kigoudoukoira	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0	3
Lacouroussou	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Mangué koira	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2
Tondobon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	8	12	20	0	0	12	33	45	8	32	77	105	222

Nombre de cas de troubles mentaux rapportés par les CSI du District sanitaire de Dosso au cours de l'année 2014 (en rouge les sites de la recherche-action)

FORMATION SANITAIRE	T1					T2					T3					T4				
	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot	0-4ans	5-9ans	10 à 24ans	25ans+	Tot
Kargui Bangou	1	1	2	7	11	0	1	2	5	8	3	14	23	21	61	0	0	8	6	14
Kayan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	6	0	0	1	1	2
Garankédey	0	0	4	7	11	0	0	4	10	14	0	0	12	23	35	0	0	3	8	11
Mokko	14	11	8	3	36	0	0	1	11	12	0	9	10	23	42	0	0	10	0	10
Yambaré	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	10	13	26	0	0	3	13	16
Sambéra	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	15	5	4	27	51	0	0	0	0	0
Bangaga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Ouna	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Fakara Béri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Bella II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1
Bella I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Farey	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moribane	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kaffi	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toulmey	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	13
CM SOS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1					0					0
Tessa	0	2	3	2	7	0	0	3	0	3	0	0	2	3	5	0	0	1	1	2
Tchangalla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Babadey	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	2	3	5
Sandidey	0	0	1	2	3	0	0	1	4	5	0	0	2	3	5	0	1	1	3	5
Deytégui Attili	0	0	2	5	7	0	0	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	5	2	7
Saboudey	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2
Wangalkainé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	3	3	12
Tombokoirey	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	0	0	1	1	2
Gorou Bankassam	0	0	0	6	6	0	0	2	5	7	0	1	1	1	3	0	1	1	5	7
Goumandey Seyni	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tondigam Issa	0	0	2	1	3	0	1	2	2	5	0	2	0	2	4	0	0	0	2	2
Haïdara koira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0	0	0	0	0
Sakadama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Barokoira	0	0	0	0	0	0	5	19	17	41	0	0	4	0	4	0	0	1	0	1
Bagnagondi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
garbeygorou Bessa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Kigoudoukoira	0	0	0	0	0	0	2	4	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lacouroussou	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Mangué koira	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tondobon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Total	15	14	24	34	87	0	12	47	65	124	18	37	74	124	253	2	6	51	61	120

Annexe N°4 aperçu de la fiche utilisée pour le suivi opérationnel des activités planifiées (**Grille pour évaluation opérationnelle**)

Activités à réaliser	Echéance	Responsable	Quels ont été les processus ?	A - ton fait ce qu'on avait prévu de faire ?	Qu'est ce qui a facilité ou entravé la mise en œuvre ?	Décisions
3. Mener un plaidoyer pour la promotion de la santé mentale et la disponibilité des médicaments psychotropes en direction des partenaires en 2014	1 fois l'an	PNSM				
5. Appuyer la tenue des ateliers de formation des infirmiers, médecin et agents de santé communautaires des sites retenus pour la recherche-action en 2014	Une fois	PNSM				
8. Appuyer les missions de plaidoyer dans 05 communes des DS de Doutchi et Dosso en direction les autorités administratives, les élus, les services techniques en 2014	Une fois l'an	DRSP				

Annexe N°5 aperçu du plan de résolution des problèmes

Tableau I : Plan de résolution des problèmes

Activités programmées	Principaux problèmes constatés	Solutions envisagées	Indicateurs	Délais d'exécution	Responsable
Rechercher activement les signes des troubles psychiques chez les patients vus en consultation curative	En l'absence d'observation directe de prise en charge des cas, il n'existe aucun moyen de vérifier la conformité du diagnostic et du traitement prescrit	Discuter au cours de la prochaine réunion d'échanges de la mise en place d'un document (cahier ? registre ? fiche ?) qui permettra de collecter/vérifier les informations sur la qualité de la prise en charge des cas	Disponibilité d'un document qui renseigne sur la qualité de la prise en charge des cas de troubles mentaux dans les CSI et CS	Date de la réunion du collaboratif	Coordonateur de la RA
	La tenue des consultations foraines n'est pas régulière dans les sites pré-identifiés	Tenir trimestriellement les consultations foraines	Nombre de patients nouveaux et anciens cas enregistrés en stratégie foraine	Tous les trois mois	Chefs CSI Point focaux
Assurer la documentation de l'intervention au niveau des sites de la recherche-action	Certaines activités effectuées par les relais ne sont pas assorties de PV	-Toutes les activités entrant dans le cadre de la RA (sensibilisation, collaboration avec les tradithérapeutes, relais, enseignants, leaders, groupements...) doivent être documentées selon les cas par l'équipe du CSI, les relais, les enseignants... - Elaborer une fiche simple (à l'image de celle utilisée par le programme nutrition) de rapport pour les acteurs communautaires. - Proposer et discuter du contenu de cette fiche au cours du collaboratif	Disponibilité d'une fiche de rapportage des activités par les acteurs communautaires	Date de la réunion du collaboratif	Coordonateur de la RA
	L'archivage des documents n'est pas uniformisé malgré la mise à disposition des sites de classeurs.	- Pourvoir les sites qui n'en possèdent pas de perforeuses -Inscrire l'archivage de la documentation dans les échanges du collaboratif	- Nombre de sites dotés en perforeuses -Bonne pratique d'archivage retenue au cours du collaboratif	Octobre 2014	-Coordonateur régional PNSM -Coordonateur RA

Annexe N° 6 : Fiche de rapport trimestriel des CSI

Programme National de Santé Mentale

Mois/An : ____/____

Unité de Santé : _____

District/Région: _____

Nombre totale de personnes présentant des troubles mentaux, neurologique et liés à la consommation des substances psycho actives :

Nosologie	Nouveaux cas				Visite retour				Total (nouveau+VR)			
	masculin		féminin		masculin		féminin		masculin		féminin	
	0-18	19 +	0-18	19 +	0-18	19 +	0-18	19 +	0-18	19 +	0-18	19 +
Déficience intellectuelle/mentale												
Psychoses												
Epilepsie												
Dépression												
Alcoolisme (utilisation abusive de l'alcool)												
Toxicomanie (utilisation abusive des drogues)												
Anxiété												
Autres troubles												
Nombre de patients orientés par les acteurs communautaires												
Nombre de perdu de vue												
Clients qui reçoivent une VAD												
Nombre de références faites aux spécialistes en santé mentale												
Nombre de contre référence reçu												
Clients qui reçoivent la thérapie psychosociale												

Nombre de séance de sensibilisation :

Nombre de réunion de coordination :

Nombre de participants aux séances de sensibilisation :

Principaux thèmes animés :

Annexe N° 7 canevas d'évaluation des activités de la recherche-action en sante mentale en fonction des éléments constitutifs du cadre conceptuel

1) Disponibilité des ressources humaines compétentes (Management des Ressources Humaines)

Domaine	Réponses motivées
Quels ont été les processus ?	
A - ton fait ce qu'on avait prévu de faire ?	
Qu'est ce qui a facilité la mise en œuvre ?	
Qu'est ce qui a entravé la mise en œuvre ?	
Changements constatés	
Décisions prises	

2. Disponibilité Psychotropes

Domaine	Réponses motivées
Quels ont été les processus ?	
A - ton fait ce qu'on avait prévu de faire ?	
Qu'est ce qui a facilité la mise en œuvre ?	
Qu'est ce qui a entravé la mise en œuvre ?	
Changements constatés	
Décisions prises	

3. Prise en charge (accès aux soins et service de santé mentale)

Domaine	Réponses motivées
Quels ont été les processus ?	
A - ton fait ce qu'on avait prévu de faire ?	
Qu'est ce qui a facilité la mise en œuvre ?	
Qu'est ce qui a entravé la mise en œuvre ?	
Changements constatés	
Décisions prises	

4. Système d'information sanitaire

Domaine	Réponses motivées
Quels ont été les processus ?	
A - ton fait ce qu'on avait prévu de faire ?	
Qu'est ce qui a facilité la mise en œuvre ?	
Qu'est ce qui a entravé la mise en œuvre ?	
Changements constatés	
Décisions prises	

5. Implication de la communauté (participation communautaire)

Domaine	Réponsesmotivées
Quels ont été les processus ?	
A - ton fait ce qu'on avait prévu de faire ?	
Qu'est ce qui a facilité la mise en œuvre ?	
Qu'est ce qui a entravé la mise en œuvre ?	
Changements constatés	
Décisions prises	

6. Le suivi/encadrement (système d'encadrement)

Domaine	Réponses motivées
Quels ont été les processus ?	
A - ton fait ce qu'on avait prévu de faire ?	
Qu'est ce qui a facilité la mise en œuvre ?	
Qu'est ce qui a entravé la mise en œuvre ?	
Changements constatés	
Décisions prises	